**Anmeldeformular Gastroenterologie Wil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Telefon:** | 071 914 62 06 | **Email:** | gastroenterologie.wil@srft.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in:**  |  |
| Name:       | Vorname:       |
| Geburtsdatum:       |  |
| Strasse, Nr:       | PLZ, Ort:       |
| Telefon / Natel:       | Telefon G:       |
| Garant:       | [ ]  allgemein [ ]  halbprivat [ ]  privat |
| [ ]  Krankheit [ ]  Unfall Unfalldatum:       | Tessiner Code:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Untersuchung:** [ ]  Gastroskopie[ ]  PEG-Einlage[ ]  PEG-Entfernung[ ]  Koloskopie [ ]  Rektosigmoidoskopie[ ]  Proktoskopie[ ]  Kapselendoskopie | [ ]  Leberbiopsie[ ]  Ultraschall[ ]  Ultraschall mit Kontrastmittel[ ]  Ultraschall-gesteuerte Punktion (FNP, Biopsie)[ ]  Gastroenterologische Sprechstunde[ ]  Hepatologische Sprechstunde[ ]  Atemtest ([ ]  Lactose [ ]  Fructose [ ]  Helicobacter)[ ]        |
| **Dringlichkeit:**Bei dringlichen Untersuchungen bitten wir um eine telefonische Anmeldung: 071 914 62 06 | **Diverses:**[ ]  Termin vereinbart auf:      [ ]  Aufgebot durch Spital[ ]  Dolmetscher notwendig |

**Indikation / Fragestellung:**

**Anamnese / Befunde:**

Koloskopie / Leberbiopsie bitte folgende Laborwerte angeben: INR/Quick:       Tc       vom       (Datum)

**Medikamente:**

[ ]  OAK:       [ ]  Aspirin® [ ]  Plavix® / Effient®

**Allergien:**

**Bemerkungen:**

**Datum:**       **Zuweisender Arzt:**       **Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)